



## O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA PANDEMIA

CARLOTO, Cassia Maria<sup>1</sup>

BUENO, Nayara Cristina<sup>2</sup>

**RESUMO:** Em 2020/21 realizamos uma pesquisa em três municípios do Paraná-BR com beneficiárias do Programa Bolsa Família sobre o impacto da pandemia na vida dessas mulheres. Neste trabalho o destaque é dado ao módulo que tratou do acesso aos serviços de saúde. A análise foi norteadada pelo campo da teoria crítica feminista. Identificamos que as mulheres têm como referência a unidade básica de saúde, sendo esse um serviço essencial. Contudo, a procura não é para cuidado de sua própria saúde, mas para o cuidado de outras pessoas, filhos/as, companheiros, ex-companheiros e ex. sogras. O estudo aponta também as dificuldades de acesso e a demora nos atendimentos especializados e de urgência/emergência. O avanço da vacinação tem contribuído para a diminuição dos casos de contaminação e de mortes por Covid-19 e possibilitado a retomada dos serviços preventivos, especialidades e cirurgias eletivas, mas permanece a necessidade de valorização e investimento público na área.

**PALAVRAS-CHAVE:** Covid-19; Gênero; Sistema Único de Saúde.

### INTRODUÇÃO

A pandemia do Covid-19 afetou de forma negativa o cotidiano de muitas famílias brasileiras, em vários níveis, desde a perda do emprego, diminuição do salário, aumento e sobrecarga do trabalho de cuidados doméstico-familiares, dificuldades de várias ordens, incluindo o acesso a serviços de saúde. Esses impactos se manifestam de forma diferenciada conforme a posição de classe, de gênero e de raça/etnia. As diversas desigualdades – classe, raça, gênero – estruturam a sociedade em que vivemos e acentuam-se nas instituições, nas oportunidades de ensino, no mercado de trabalho e nas próprias relações sociais cotidianas. Nesse contexto, é preciso compreender como essas instâncias articulam-se, de forma consubstancial, segundo destaca Daniele Kergoat (2009), e impactam no cotidiano das mulheres pobres e negras no contexto da pandemia Covid-19 no Brasil.

---

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina. E-mail: cmcarloto@gmail.com.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Centro-Oeste / Universidade Estadual de Ponta-Grossa. E-mail: nbueno@unicentro.br.



Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa em 2020 e início de 2021 com o objetivo geral de investigar e analisar o impacto da pandemia Covid-19 no cotidiano de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família-PBF. Neste trabalho o destaque é dado ao módulo que tratou do acesso aos serviços de saúde. Para isso, primeiro, contextualiza a situação do Brasil em relação a pandemia de covid-19, depois apresenta o perfil das mulheres entrevistadas e, por fim, a análise dos dados sobre o acesso aos serviços de saúde. Destaca-se que o avanço da pandemia se deu de forma diferenciada nas regiões do país, com influências culturais e de enfrentamento pelos órgãos estaduais e municipais, considerando que o Brasil é um país federativo.

O tratamento teórico metodológico dado à análise dos dados coletados teve como principal referência os estudos feministas do campo da teoria crítica. Como procedimento para coleta de dados, foram aplicados questionários de forma remota, via telefone. Essa foi a estratégia possível no contexto pandêmico e de isolamento social, no qual as atividades presenciais das universidades estavam suspensas.

## **PANDEMIA DE COVID-19 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O Brasil possui um Sistema Único de Saúde de abrangência nacional, público e universal, resultado das lutas do povo brasileiro, principalmente, entre as décadas de 1970 e 1980. A reforma sanitária foi um movimento dos/as trabalhadores/as de saúde e da população em geral que reivindicou uma concepção ampliada de saúde que envolvesse os determinantes sociais: a saúde é compreendida como condição de vida, trabalho e acesso a bens e serviços, e nesse sentido, parte essencial da cidadania e democracia, tomada como forma de determinações sociais e perspectiva de conquista de igualdade (BAHIA, 2018).

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 e as suas regulamentações (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990) ocorre a previsão legal da saúde enquanto um direito social e obrigação do Estado em garanti-la. Ademais, a saúde integra o sistema de Seguridade Social, formado também pelas políticas de Assistência Social e Previdência Social. Boschetti (2009) demonstra as dificuldades da materialização dos princípios constitucionais, em especial da Seguridade Social que não se concretizou como um sistema articulado, integrado e universal. A abertura ao sistema privado, as dificuldades de financiamento, ampliação e qualificação dos equipamentos e recursos humanos tem sido obstáculos para sua efetivação.

Mesmo com questões estruturais a serem resolvidas a política de saúde chega a toda população por meio de uma Rede de Atenção à Saúde, que se caracteriza como “conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. Esses níveis estão



estabelecidos como porta de entrada de atendimento à saúde e se configuram da seguinte forma: atenção primária; atenção de urgência e emergência; seguindo para atenção psicossocial; serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2015, p.30).

Com a pandemia de Covid-19 ocorreu uma pressão do sistema de saúde como um todo e soma-se a isso questões econômicas e políticas que o país está enfrentando desde a instabilidade política de 2014, quando ocorreu o questionamento do resultado das eleições para presidência da República. Seguida de manifestações populares, avanço da direita e extrema direita e do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff. Resultado desse processo é a Emenda Constitucional n. 95 de 2016 que congela os investimentos nas áreas de saúde e educação por vinte anos, a reforma trabalhista de 2017 e a reforma da previdência social de 2019, com argumento do ajuste fiscal (BUENO, PREUSS, 2019).

No contexto da pandemia, o Ministério da Saúde teve quatro ministros e, no mês de junho de 2019, o país ficou 15 dias sem ministro. Como responsável pela coordenação nacional do combate ao coronavírus, em suas orientações, o Ministério da Saúde reproduziu os posicionamentos do Presidente Jair Bolsonaro (Sem Partido) de desprezo à crise sanitária, descrédito nas orientações científicas de isolamento, distanciamento, uso de máscaras e álcool em gel como medidas preventivas da doença (BUENO, PREUSS, 2020).

A falta de coordenação tem gerado dúvidas na população que vivencia orientações divergentes da esfera nacional, estadual e municipal de saúde e tem contribuído para o descontrole da doença no País. Destacam-se a falta de testes para atender amplamente a população e a falta de monitoramento das pessoas que tiveram contato com pessoas doentes, a demora na distribuição das vacinas, a ausência de leitos na unidade de terapia intensiva – UTI, sem contar a falta de medicamentos e de oxigênio nos hospitais.

Esses elementos de ordem ideológica, que negam a ciência e afirmam uma falsa dicotomia entre a economia e a vida, acabam por menosprezar medidas de controle do comércio e de serviços não essenciais (exemplo de bares, clubes, *shopping centers*, restaurantes) e por colocar o País em segundo lugar no mundo em contágio e mortes por coronavírus, sem contar a subnotificação (BUENO, PREUSS, 2020).

## **AS MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA SOBRE O ACESSO A SAÚDE**

O Programa Bolsa Família (PBF)<sup>3</sup> se configurou como um programa condicionado de transferência de renda, criado em 2003, que tem como objetivo contribuir com o combate à

---

<sup>3</sup> O Programa Bolsa Família foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil com a aprovação da Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021 (BRASIL, 2022).



pobreza. O público-alvo são famílias cuja renda mensal por pessoa não ultrapasse R\$ 89,00 reais mensais e famílias com renda por pessoa até R\$178,00 reais mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. Em junho de 2021 estavam inscritas no Cadastro Único do Governo Federal 30.323.524 famílias com renda mensal de até meio salário mínimo nacional, o que corresponde a 77.871.964 pessoas. Destas, menos da metade eram beneficiárias do PBF, ou seja, 14.655.264 famílias. O valor variava conforme a composição famílias, mas em média é de R\$189,00 reais (MDS, 2021).

A pesquisa, referência desse artigo, realizada no Estado do Paraná com mulheres beneficiárias do PBF identificou que em relação à raça/etnia, entre as mulheres que responderam à pesquisa, há predominância de Preta/Parda (70,3%). Isso confirma as pesquisas realizadas pelo Censo 2010 (IBGE, 2010), que apontam o predomínio das mulheres negras entre os mais pobres. A presença notável de mulheres negras entre as pessoas pobres é reflexo de um processo histórico de (re) produção de desigualdades sociais advindas de um racismo estrutural.

Em relação à idade, observa-se que a faixa etária predominante entre as responsáveis familiares pesquisadas é, em média, de 30 a 49 anos, totalizando 78,3% do grupo nessa faixa etária. Vale ainda considerar que a maior parte das mulheres entrevistadas está no auge da idade produtiva e que nem todas estão inseridas no mercado de trabalho já que as atividades de cuidados familiares e domésticas consomem grande parte de seu tempo.

Os dados analisados em relação à escolaridade mostram que a maioria (59,5%) possui apenas o ensino fundamental incompleto e 24,3%, o ensino médio incompleto. Um dado que chamou a atenção foi a presença de entrevistadas que chegaram ao ensino superior: uma com superior completo, outra com ensino superior incompleto, além de uma com pós-graduação.

A pesquisa revelou um alto índice de famílias monoparentais femininas, ou seja, domicílios onde residem somente a mãe com filhos/as, com uma taxa de 43,9%. A faixa etária dos filhos das respondentes distribuiu-se entre 0 e 15 anos. A maior concentração se dá entre 11 e 15 anos.

## **O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Diante da gravidade da situação, neste item procura-se investigar aspectos relacionados à pandemia e à demanda por serviços de saúde. De início, perguntou-se às entrevistadas se elas cumpriram medidas de isolamento social: 45,9% responderam que sim e 43,2% que parcialmente e 10,8% que não.



Entre as mulheres que descumpriram as medidas parcialmente, 13,5% delas disseram que foi devido ao trabalho. Destaca-se, aqui, que as mulheres negras ocupam postos de trabalho, em sua maioria, vinculados ao setor de serviços e doméstico e de cuidados, que permaneceu ativo no período, estando inclusive na linha de frente no combate ao Covid-19, como, por exemplo, o setor de limpeza e o de enfermagem nos hospitais. Para essas trabalhadoras, a renda provém da transferência de renda e do trabalho informal, portanto, não possuem o privilégio do *home office* ou afastamento com remuneração, tornando a informalidade mais um fator de risco para contágio e morte por Covid-19.

Os motivos para o descumprimento das medidas estão listados na Tabela 01.

**Tabela 01 - Motivo do descumprimento do isolamento social**

	f	%
Sem resposta.	15	40,5
Cumpri o isolamento social.	7	18,9
Trabalho.	5	13,5
Não se considera grupo de risco e precisa trabalhar.	1	2,7
Buscar remédios, bancos, cuidar da mãe.	1	2,7
Comprar remédios, buscar atividades na escola, mercado.	1	2,7
Compras no mercado, ir ao banco e consultas (gestante).	1	2,7
Mercado, farmácia, lotérica.	1	2,7
Precisa sair para ir ao mercado, pagar contas, comprar coisas para casa.	1	2,7
Não cumpriu isolamento porque precisava ir ao mercado e frequenta a Igreja Evangélica.	1	2,7
Disse que não mudou nada a rotina durante a pandemia porque fica somente em casa, quase não sai.	1	2,7
Sempre foram caseiros, ficam muito em casa, continuaram assim. Tem um pouco de medo.	1	2,7
Maior dificuldade foi manter as crianças sem sair na rua.	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota:* pesquisa das autoras (2020).

Além do trabalho, outros motivos do cumprimento parcial do isolamento estão relacionados às saídas para compras de alimentos e medicamentos, pagar contas e ir buscar e levar atividades dos/as filhos/as na escola. Destacam-se, ainda, a frequência à igreja evangélica e o fato de uma das mulheres não se considerar do grupo de risco. Em relação à igreja, que não foi considerado um serviço essencial, porém autorizado pelos governantes a manter as atividades, a crença de que “Deus protege da doença” tem sido um elemento de confronto com a ciência, legitimado pelo Presidente Jair Bolsonaro (Sem Partido), pelo qual muitas brasileiras têm sido influenciadas, o que se pode observar na fala de uma das entrevistadas: “[...] não fiz isolamento porque tenho fé em Deus” (sic entrevistada). É fato que o respeito das medidas de segurança protege tanto a pessoa, quanto a comunidade e o descumprimento pode contribuir com a circulação do vírus,



contribuiu também para a ampliação de contágio na comunidade. O discurso contrário à ciência, sem dúvida, no Brasil, foi um dos fatores que agravaram a situação.

Quanto à existência de grupos de risco, se, no primeiro momento, os estudos apontaram as pessoas idosas e/ou com comorbidades como as mais vulneráveis, o agravamento da doença e o surgimento de novas variantes tornaram todas as pessoas sujeitas a contágio e morte, principalmente, devido a letalidade, mas também ao não acesso ao tratamento, em especial, oxigênio e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Uma das mulheres relatou que o motivo de descumprimento do isolamento é a dificuldade de manter as crianças em casa. Sem infraestrutura, espaço adequado e condições de investir em brinquedos e no entretenimento das crianças, muitas mulheres precisaram se arriscar, tornando a rua um prolongamento da casa, mesmo com o risco de contágio.

Quando questionadas sobre o período de isolamento (a pesquisa foi feita em setembro de 2020), identificou-se que a maioria, 46%, cumpriu o isolamento desde março até a data da entrevista. Em 16,2%, observou-se que ocorreu o chamado relaxamento das medidas de segurança, quando as pessoas vão diminuindo os cuidados gradativamente, seja pelo esgotamento causado pelo isolamento ou pelo descrédito nas medidas de segurança, conforme a tabela a seguir.

**Tabela 2** - Cumpriu o isolamento social

	<b>f</b>	<b>%</b>
Sim	17	45,9
Parcialmente	16	43,2
Não	4	10,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota:* Fonte: pesquisa das autoras (2020).

Uma das entrevistadas relatou que fez isolamento o tempo todo porque estava grávida. No Brasil, a situação das mulheres grávidas e puérperas é preocupante, conforme demonstrado na seção anterior. Em relação ao contágio pela Covid-19 de algum integrante da família, em 91,9% das mulheres entrevistadas, isso não ocorreu. Aqui, porém, temos de considerar o momento de realização da pesquisa, setembro de 2020. Certamente, se a pesquisa fosse realizada hoje, teríamos outro resultado. O grau de daquelas que tiveram pessoas da família com Covid-19 foi o companheiro (5,4%) e a sobrinha (2,7).

Em relação ao desdobramento do contágio, todas as pessoas foram curadas. A crise sanitária só não é maior porque o Brasil conta com um sistema público, gratuito e universal de saúde, construído em processo de lutas e mobilizações sociais na década de 1980 que, a despeito do desmonte gradativo por meio do subfinanciamento e do aumento da iniciativa



privada, tem chegado com dificuldades a toda a população, o que tem contribuído para que a situação não seja ainda pior (BUENO, PREUSS, 2020).

Ao serem questionadas se, desde o início da pandemia, procuraram por serviços de saúde, 70% delas responderam que sim. Em relação aos serviços procurados, os resultados constam na Tabela 03.

**Tabela 3** - Serviços de saúde procurados pelas mulheres durante a pandemia

	f	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)	13	35,1
Não procurou o serviço de saúde	11	29,7
UBS, Hospital	4	10,8
UBS, Unidade Pronto Atendimento (UPA), Hospital	2	5,4
UBS, UPA	2	5,4
UBS, Hospital, clínica para exames	1	2,7
UBS (acompanhamento médico devido a problemas cardíacos)	1	2,7
UPA	1	2,7
Hospital	1	2,7
Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMEPAR)	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota:* pesquisa das autoras (2020).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) oferta serviços próximos ao local de moradia, configurando-se como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e 62% das entrevistadas procuraram esse serviço, seja para consulta médica ou para acompanhamento de doenças pré-existentes. Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento – UPA apareceram em 24,3% das respostas. Os motivos que levaram as entrevistadas a procurar o serviço podem ser verificados na Tabela 04.

**Tabela 4** - Motivo da procura por serviço de saúde durante a pandemia

	f	%
Sem resposta (não procurou o serviço)	11	29,7
Adoecimento próprio	5	13,5
Adoecimento de filhas/os	4	10,8
Adoecimento próprio, adoecimento de filhas/os	3	8,1
Acompanhamento gravidez	3	8,1
Vacina das filhas/os – crianças	2	5,4
Acompanhamento médico	1	2,7
Adoecimento próprio, adoecimento de filhas/os, adoecimento do/a companheiro/a	1	2,7
Adoecimento próprio, adoecimento dos pais	1	2,7
Adoecimento de filhas/os, adoecimento dos pais, exames	1	2,7
Adoecimento dos pais	1	2,7
Adoecimento do/a companheiro/a	1	2,7
Questões de saúde dos tios	1	2,7



Adoecimento da ex-sogra.	1	2,7
Adoecimento do ex. Marido que mora em uma casa atrás da casa dela, tem sido cuidado pela respondente	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota:* Fonte: pesquisa das autoras (2020).

Apenas 13,5% das entrevistadas procuraram o serviço de saúde por adoecimento próprio, as demais foram por cuidados para os filhos, companheiros, pais, tios, ex-companheiros e ex-sogras, o que demonstra que as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados às pessoas dependentes (crianças, idosos, pessoas com deficiência, doentes). Quanto mais pobres as mulheres, maior divisão sexual do trabalho, uma vez que elas têm menos acesso a serviços ofertados pelo mercado e a serviços públicos e, menor partilha de responsabilidades com os homens.

Em relação ao atendimento recebido, 54,1% das respondentes informaram que foi igual a antes da pandemia; 10,8% que demorou mais e 2,7% informou que o atendimento não aconteceu (Tabela 05).

**Tabela 5** - O atendimento no serviço de saúde durante a pandemia

	<b>f</b>	<b>%</b>
Não procurou o serviço de saúde	11	29,7
Foi igual ao atendimento antes da pandemia	20	54,1
Demorou mais tempo do que demorava antes da pandemia	4	10,8
Não aconteceu	1	2,7
Não respondeu	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

*Nota:* Fonte: pesquisa das autoras (2020).

Considerando que os municípios organizaram *call center* para orientação às pessoas com suspeita de Covid-19 e locais exclusivos para esses atendimentos, houve certa reorganização nos serviços de saúde e quem procurou as Unidade Básica de Saúde pode ser atendido da mesma forma que anteriormente. Uma das entrevistadas relatou que, antes da pandemia, precisava acordar muito cedo para conseguir vaga para consulta médica, mas, na pandemia, com o sistema de agendamento, isso mudou e facilitou: “[...] durante a pandemia é com agendamento e hora certa para ser atendido, eu não precisei ir mais 5h30 da manhã pegar ficha. Também são poucas pessoas na UBS” (sic JULIANA). Por outro lado, o número de consultas diminuiu e a espera pode ser ainda maior. Em relação ao atendimento na UPA, ela relatou: “[...] na urgência, a demora continua a mesma, são horas esperando o atendimento e muitos pessoas no local.” (sic) A situação ficou ainda mais complicada para especialidades e cirurgias eletivas. Uma das entrevistadas contou que a





cirurgia do ex-marido estava suspensa devido à pandemia de Covid-19 e a situação dele estava se agravando, dependendo de mais cuidados dela e da filha.

A proteção social relacionada à saúde é um importante indicador das condições de vida e tem relevância para todas as demais dimensões. O governo Bolsonaro (Sem Partido) continua com o corte de despesas do SUS reduzindo a proteção de parcela expressiva da população da cobertura de uma diversidade de riscos e agravos. No período da pandemia, a situação se agrava e, após três meses de seu início, o Brasil já era o segundo país do mundo em casos confirmados e em mortes. O mais grave é que estudos, como de Noronha et al. (2020 apud CASTRO, 2020), mostram que a pressão sobre o sistema de saúde no Brasil, decorrente da demanda adicional ocasionada pela Covid-19, resulta em uma situação crítica para o atendimento à demanda potencial. Essa situação é preocupante porque reverte em aumento da mortalidade nos locais em que a oferta dos serviços não está preparada. Esse contexto tem gerado insegurança, medo e incerteza, afetando também a saúde mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No Brasil, a covid-19 tem sido mais letal com as pessoas negras devido as condições precárias de moradia e de vida, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao trabalho informal e desprotegido. Há ausência de um plano nacional com medidas de prevenção e controle da Covid-19 e o negacionismo do governo federal fez com que as pessoas recebessem informações contraditórias sobre as medidas necessárias de prevenção e controle da doença. As mulheres entrevistadas realizaram isolamento, principalmente, no início da pandemia (entre março e maio 2020), mas o trabalho informal, as dificuldades em entreter e distrair as crianças, idas ao mercado, farmácia, pagar contas, escolas estão entre os motivos que levaram ao relaxamento do isolamento.

A pesquisa também demonstrou que a unidade de saúde é essencial para o acompanhamento dessas mulheres e que elas procuram os serviços, principalmente, para o cuidado de outras pessoas, mais de 85% das mulheres que procuraram a UBS era para atendimento médico de outras pessoas da referência familiar. A situação de saúde da população tem se agravado, de um lado, devido ao avanço da pandemia no país, de outro lado, devido a suspensão de atendimentos especializados e a dificuldade de atendimento a outras doenças, uma vez que há uma pressão no sistema de saúde como um todo. Contudo, em 2021, o avanço da vacinação e a retomada gradual dos demais atendimentos tem gerado certa melhora no processo, mas o Sistema Único de Saúde necessita ainda de valorização e investimento público.



## REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 7. Rio de Janeiro, 2018. p. 01-16

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. 2009. p.383-401

BRASIL. **Lei nº 14.284**, de 29 de dezembro de 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/Lei/L14284.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14284.htm) - acesso em 25/04/2022.

\_\_\_\_\_. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

BUENO, N. C.; PREUSS, L. T. Pandemia e desigualdades: a situação das mulheres trabalhadoras no Brasil. **Primer simposio sobre géneros y política social: Estado, economía y sociedad en época de cambios**. Mar Del Plata, 24 y 25 de noviembre de 2020.

\_\_\_\_\_. Os direitos sociais no foco do ajuste fiscal: uma análise de conjuntura da aprovação da Emenda Constitucional nº95/2016. **Revista Científica da Faculdade Campo Real**, v. 09, Guarapuava: 2019. p. 55-70

CASTRO, J. A. Proteção social em tempos de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, Rio de Janeiro, 2020. p. 88-99

IBGE. **Censo demográfico 2010**: Nupcialidade, fecundidade e migração. Resultado das amostras. IBGE: Rio de Janeiro, 2012.

Kergoat, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata, H. Laborie, F. Doaré, H. & Senotier, D. (Orgs). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. p. 67-76

MDS, Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. **Programa Bolsa Família**, 2021. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia> - acesso em 25/10/2021